

ALLEGATO 1.

A.D.L. INDICE DI BARTHEL

SITUAZIONE FUNZIONALE

ALIMENTAZIONE

Capace di alimentarsi da solo quando i cibi sono preparati su di un vassoio o tavolo raggiungibili. Se usa un ausilio deve essere capace di utilizzarlo, tagliare i cibi e, se lo desidera, o usare sale e pepe, spalmare il burro, ecc...	
Indipendente nell'alimentarsi con i cibi preparati su di un vassoio, ad eccezione di tagliare la carne, aprire il contenitore del latte, girare il coperchio di un vasetto, ecc... Non è necessaria la presenza di un'altra persona.	
Capace di alimentarsi da solo, con supervisione. Richiede assistenza nelle attività associate come versare il latte, zucchero o altro nella tazza, usare sale e pepe, spalmare il burro, girare un piatto di portata o altro.	
Capace di utilizzare una posata, in genere un cucchiaio, ma qualcuno deve assistere attivamente durante il pasto.	
Dipendente per tutti gli aspetti. Deve essere alimentato (imboccato, SNG, PEG, ecc...).	

BAGNO/DOCCIA-LAVARSI

Capace di fare il bagno in vasca, la doccia, o una spugnatura completa. Autonomo in tutte le operazioni senza la presenza di un'altra persona, quale che sia il metodo usato.	
Necessità di supervisione per sicurezza (trasferimenti, temperatura dell'acqua, ecc...).	
Necessità di aiuto per il trasferimento nella doccia/ bagno oppure nel lavarsi o asciugarsi.	
Necessità di aiuto per tutte le operazioni.	
Totale dipendenza nel lavarsi.	

IGIENE PERSONALE

Capace di lavarsi mani e faccia, pettinarsi, lavarsi i denti, e radersi. Un Uomo deve essere capace di usare, senza aiuto, qualsiasi tipo di rasoio, comprese le manipolazioni necessarie. Una Donna deve essere in grado di truccarsi, se abituata a farlo, ma non è necessario che sia in grado di acconciarsi i capelli.	
In grado di attendere all'igiene personale, ma necessita di aiuto minimo prima e/o dopo le operazioni.	
Necessita di aiuto per una o più operazioni dell'igiene personale.	
Necessita di aiuto per tutte le operazioni.	
Incapace di attendere all'igiene personale, dipendente sotto tutti gli aspetti.	

ABBIGLIAMENTO

Capace di indossare, togliere, e chiudere correttamente gli indumenti, allacciarsi le scarpe e toglierle, applicare oppure togliere un corsetto o una protesi.	
Necessita solo di un minimo aiuto per alcuni aspetti, come bottoni, cerniere, reggiseno, lacci di scarpe.	
Necessita di aiuto per mettere o togliere qualsiasi indumento.	
Capace di collaborare in qualche modo, ma dipendente sotto tutti gli aspetti.	
Dipendente sotto tutti gli aspetti e non collabora.	

CONTINENZA INTESTINALE

Controllo intestinale completo e nessuna perdita, capace di mettersi supposte o praticarsi un enteroclisma se necessario.	
Può necessitare di supervisione per l'uso di supposte o enteroclisma, e ha occasioni perdite.	
Capace di assumere una posizione appropriata, ma non di eseguire manovre facilitatorie o pulirsi da solo senza assistenza, e ha perdite frequenti. Necessita di aiuto nell'uso di dispositivi come pannoloni, ecc...	
Necessita di aiuto nell'assumere una posizione appropriata e necessità di manovre facilitatorie.	
Incontinente.	

CONTINENZA URINARIA

Controllo completo durante il giorno e la notte e/o indipendente con dispositivi esterni o interni.	
Generalmente asciutto durante il giorno e la notte, ha occasionalmente qualche perdita e necessita di minimo aiuto per l'uso dei dispositivi esterni o interni.	
In genere asciutto durante il giorno ma non di notte, necessario l'aiuto parziale nell'uso dei dispositivi. (Ha bisogno di stimolo e supervisione).	
Incontinente ma in grado di cooperare nell'applicazione di un dispositivo esterno o interno.	
Incontinente o catetere a dimora (sottolineare la voce che interessa). Dipendente per l'applicazione di dispositivi esterni o interni, per il cambio del sacchetto.	

USO DEL GABINETTO

Capace di trasferirsi sul e dal gabinetto, gestire vestiti senza sporcarsi, usare la carta igienica senza aiuto. Se necessario, può usare la comoda o padella, o il pappagallo, ma deve essere in grado di svuotarli e pulirli.	
Necessita di supervisione per sicurezza con l'uso del normale gabinetto. Usa la comoda indipendentemente tranne che per svuotarla e pulirla.	
Necessita di aiuto per svestirsi vestirsi per i trasferimenti per lavare le mani.	
Necessita di aiuto per tutti gli aspetti.	
Completamente dipendente.	

Totale valutazione funzionale

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di autonomia.

BARTHEL SITUAZIONE FUNZIONALE

Punteggio 0-14	autonomo o quasi	0
Punteggio 15-49	parzialmente dipendente	2
Punteggio 50-60	totalmente dipendente	3

ALLEGATO 2.

A.D.L. INDICE DI BARTHEL

MOBILITÀ

TRASFERIMENTO LETTO-SEDIA O CARROZZINA (compilare anche in caso di paziente totalmente allettato)

È indipendente durante tutte le fasi. Capace di avvicinarsi al letto in carrozzina con sicurezza, bloccare i freni, sollevare le pedane, trasferirsi con sicurezza sul letto, sdraiarsi, rimettersi seduto sul bordo, cambiare la posizione della carrozzina e ritrasferirsi con sicurezza.

Necessaria la presenza di una persona per maggior fiducia o per supervisione a scopo di sicurezza.

Necessario minimo aiuto da parte di una persona per uno o più aspetti del trasferimento.

Collabora, ma richiede massimo aiuto da parte di una persona durante tutti i movimenti del trasferimento.

Non collabora al trasferimento. Necessarie due persone per trasferire l'anziano con o senza un sollevatore meccanico.

DEAMBULAZIONE

In grado di usare stampelle, bastoni, walker e deambulare per 50 m. senza l'aiuto o supervisione. Capace di portare una protesi se necessario, bloccarla, sbloccarla, assumere la stazione eretta, sedersi e piazzare gli ausili a portata di mano.

Indipendente nella deambulazione, ma con autonomia << 50 m. Necessita di supervisione per maggior fiducia o sicurezza in situazioni pericolose.

Necessita di assistenza di una persona per raggiungere gli ausili o per la loro manipolazione. (Necessita di aiuto per il cammino su terreni accidentati, ma è in grado. Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante l'azione di deambulare).

Necessita della presenza costante di uno o più assistenti durante la deambulazione.

Non in grado di deambulare autonomamente (e se tenta necessita di due assistenti).

USO DELLA CARROZZINA (utilizzare questa scala solo se il paziente ha punteggio di 15 nella scala "deambulazione" ed è stato addestrato all'uso della carrozzina)

Capace di compiere autonomamente tutti gli spostamenti (girare attorno agli angoli, rigirarsi, avvicinarsi al tavolo, letto, wc, ecc...); l'autonomia deve essere > 50 m.

Capace di spostarsi autonomamente per periodi ragionevolmente lunghi, su terreni e superfici regolari. Può essere necessaria assistenza per fare curve strette.

Necessaria la presenza e l'assistenza costante di una persona per avvicinare la carrozzina al tavolo, al letto, ecc...

Capace di spostarsi solo per brevi tratti e su superfici piane, necessaria assistenza per tutte le manovre.

Dipendente negli spostamenti con la carrozzina.

SCALE

In grado di salire scendere una rampa di scale con sicurezza, senza l'aiuto o supervisione. In grado di usare il corrimano, bastone o stampelle se necessario, ed in grado di portarli con sé durante la salita o discesa.

In genere non richiede assistenza. Occasionalmente necessita di supervisione, per sicurezza (es. a causa di rigidità mattutina, dispnea, ecc...)

Capace di salire / scendere le scale, ma non in grado di gestire gli ausili e necessita di supervisione e assistenza.

Necessita di aiuto per salire e scendere le scale (compreso eventuale uso di ausili).

Incapace di salire e scendere le scale.

Totale valutazione mobilità

Nella tabella seguente sono riportati i punteggi per la determinazione del livello di mobilità.

BARTHEL MOBILITÀ

Punteggio 0-14	si sposta da solo	0
Punteggio 15-29	si sposta assistito	2
Punteggio 30-40	non si sposta da solo	3

ALLEGATO 3.

SCHEDA DI MONITORAGGIO ULCERE DA PRESSIONE

Nome e Cognome _____ Scheda n° _____

Sacro		I°	II°	III°	IV°	Data di insor. _____	Misure _____
Trocantere	dx	I°	II°	III°	IV°	Data di insor. _____	Misure _____
	sin	I°	II°	III°	IV°	Data di insor. _____	Misure _____
Tallone	dx	I°	II°	III°	IV°	Data di insor. _____	Misure _____
	sin	I°	II°	III°	IV°	Data di insor. _____	Misure _____

Altro _____

TESSUTO

<input type="checkbox"/> chiusa	<input type="checkbox"/> epitelizzata	<input type="checkbox"/> detersa/granulazione	<input type="checkbox"/> fibrina
<input type="checkbox"/> slough	<input type="checkbox"/> necrotica	<input type="checkbox"/> infetta	

ESSUDATO asciutta umida iperessudante

PROFONDITÀ superficiale profonda (cm _____)

MARGINI EPITELIALI

<input type="checkbox"/> proliferativi	<input type="checkbox"/> macerati	<input type="checkbox"/> callosi	<input type="checkbox"/> infiammati
<input type="checkbox"/> vegetanti	<input type="checkbox"/> introflessi	<input type="checkbox"/> sottominati	<input type="checkbox"/> colonizzati

CUTE PERILESIONATA

<input type="checkbox"/> integra	<input type="checkbox"/> secca	<input type="checkbox"/> umida	<input type="checkbox"/> lesa
<input type="checkbox"/> edematosa	<input type="checkbox"/> macerata	<input type="checkbox"/> infiammata	
<input type="checkbox"/> fistole	<input type="checkbox"/> sottominature		

DIMENSIONI cm _____

CARICA BATTERICA

<input type="checkbox"/> contaminazione	<input type="checkbox"/> colonizzazione	<input type="checkbox"/> colonizzazione critica
<input type="checkbox"/> infezione locale	<input type="checkbox"/> infezione sistemica	

DETERSIONE Soluzione salina acqua ossigenata

DISINFEZIONE Iodopovidone liq. Clorexidina acq.

Altro _____

MEDICAZIONE

<input type="checkbox"/> Alginato	<input type="checkbox"/> Alginato Ag	<input type="checkbox"/> carbone+Ag	<input type="checkbox"/> Idrocolloide
<input type="checkbox"/> Idrofibra	<input type="checkbox"/> Idrofibra Ag	<input type="checkbox"/> idrogel	<input type="checkbox"/> Knutson
<input type="checkbox"/> Iodop. liq.	<input type="checkbox"/> schiuma Polluret	<input type="checkbox"/> schiuma poliuret. Ag.	
<input type="checkbox"/> collagenasi	<input type="checkbox"/> collagene	<input type="checkbox"/> garze antiad.	
<input type="checkbox"/> garze TNT	<input type="checkbox"/> garze cotone	<input type="checkbox"/> garze sterili: _____	

Altro _____

FISSAGGIO

<input type="checkbox"/> cerotto stretch	<input type="checkbox"/> cerotto di carta	<input type="checkbox"/> benda bielastica
<input type="checkbox"/> rete last	<input type="checkbox"/> film trasparente	

Data, _____ Durata trattamento _____ Firma Medico _____